Препарат зверобоя (St.-Johns'wort, гиперицин) был представлен в виде капсул, содержащих от 225 до237,5 мг сухого экстракта Hypericum perforatum (зверобоя продырявленного)В данном исследовании изучался препарат туриневрин.. Активное веществопрепарата - гиперицин обладает антидепрессивным и некоторым анксиолитическим действием. Предполагается, что механизм действия гиперицина в значительнойстепени похож на механизм действия антидепрессантов класса неселективных ингибиторов МАО. Однако исследования последних лет показали, что гиперицинможет обладать активностью в отношении се-ротонинергической системы (ингибирование обратного захвата серотонина), а также имеет тропность к ГАМК ибензодиазепино-вым рецепторам [1]. Основным показанием для назначения препарата является депрессия. Сравнительные исследования показали, что его эффективностьпри депрессии средней и легкой степени сходна с таковой у амитриптилина [2].

**Схема и объем исследования**Исследование было простым несравнительным открытым. Егодлительность для каждого больного составила 28 дней. За время исследования каждого больного обследовали 5 раз: при включении в исследование, через 7,14,21, 28 дней. Всего было включено 30 больных, в клинической картине которых наблюдались признаки депрессии или тревоги, которые не являлись симптомамитяжелых психических заболеваний, таких как шизофрения или тяжелое аффективное расстройство. Большинство больных консультировал психиатр по направлениюврача-терапевта, затем их наблюдали амбулаторно.

**Критерии включения/исключения**В соответствии с протоколом в исследование включалибольных со следующими нарушениями (по МКБ-10):
- соматоформные расстройства - F45;
- депрессивный эпизод легкой степени тяжести - F32;
- другие тревожные расстройства - F41;
- реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации - F43;
- другие невротические расстройства - F48.
Из исследования исключали больных:
- с острыми и тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями в стадиидекомпенсации;
- с тяжелыми психическими заболеваниями;
- злоупотребляющих психоактивными веществами, в частности алкоголем;
- не давших согласие на участие в исследование и/или не способных дать отчет о своем состоянии.
**Таблица 1. Распределение больных по характеру психических расстройств**

|  |  |
| --- | --- |
| **Синдром** | **Число больных**  |
|  | **абс.**  | **%**  |
| Соматоформные расстройства - F45 | 9  | 30  |
| Депрессивный эпизод легкой степени тяжести - F32 5 | 5  | 17  |
| Другие тревожные расстройства - F41 | 3  | 10  |
| Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации - F43 | 3  | 10  |
| Другие невротические расстройства - F48 | 10  | 33  |
| Всего... | 30  | 100  |

**Таблица 2.**

**Распределение больных по характеру соматических заболеваний (нозологическое распределение)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Соматический диагноз**  | **Число больных**  |
| Гипертоническая болезнь I-II стадии | 2  |
| Коронарокардосклероз,Ишемическая болезнь сердца | 2  |
| Церебральный атеросклероз | 2  |
| Вегетососудистая дистония | 7  |
| Хронический гастрит вне обострения | 6  |
| Хронический холецистит вне обострения | 3  |
| Аденома простаты | 2  |
| Тромбофлебит | 1  |
| Переменопауза | 7  |
| Всего... | 32  |

**Оценка динамики состояния**Оценку динамики состояния больного проводили при помощидвух шкал врачебного наблюдения: шкалы Гамильтона для депрессии (17 пунктов) и шкалы общего клинического впечатления и двух самооценочных шкал: шкалы Цунга иопросника Бека для депрессии (13 пунктов).

**Схема терапии**Препарат назначали по 1-2 таблетки 3 раза в день. Средняя дозапрепарата составила 5 таблеток в день. Все больные получали препарат в условиях монотерапии.

**Характеристика материала**В исследование было включено 30 больных (21 женщина и 9мужчин) в возрасте от 18 до 67 лет. Средний возраст составил 37 ± 3,6 года. Выраженность депрессии была неглубокой и в среднем составляла 20,8 ±1,4 баллапо шкале Гамильтона.
В табл. 1. представлено распределение больных по характеру психических нарушений.
Психические нарушения у 19 больных сочетались с хроническими соматическими заболеваниями вне обострений, причем в некоторых случаях у 1больного диагностировали несколько соматических заболеваний.
Распределение больных по характеру соматических заболеванийпредставлено в табл. 2.

**Результаты исследования**Как видно из табл. 3, улучшение состояния больных отмеченопо показателям всех использованных шкал. К концу исследования наиболее четкое и стабильное изменение состояния наблюдали между 3 и 4-м визитом больных (между14 и 21-м днем терапии). Это касалось как шкал врачебного наблюдения (шкалы Гамильтона для депрессии и глобального клинического впечатления), так исубъективных шкал (шкалы Бека и шкалы Цунга).
Необходимо отметить, что в начале терапии у 8 (27%) больных,в клинической картине которых признаки тревоги и депрессии были выражены в равной степени, отмечено явное различие между субъективной и объективнойоценкой состояния. Оценка по шкалам ГКВ и Гамильтона была явно тяжелее, чем самооценка больных по шкалам Цунга и Бека. С ходом терапии эта разницауменьшалась и в конце исследования исчезала. Наиболее быстрый эффект отмечен у больных, в клинической картине которых преобладал тревожный компонент или имеламесто вегетативная дисфункция как соматический эквивалент тревоги (тахикардия, ощущение неполноты вдоха, невротическая лихорадка). В этих случаях значительныйэффект отмечен уже на 1-й неделе лечения.
У больных с преобладанием в симптомокомплексе депрессивныхэлементов в виде вялости, апатии, астении, подавленности, плаксивости, а также с соматическим депрессивным комплексом (запоры, снижение массы тела, потеря илиснижение аппетита) и расстройствами сна эффект наступал несколько позже - к концу 3-й недели терапии. Во многих случаях характерной чертой таких депрессийбыло то, что депрессивные симптомы в большинстве случаев сочетались соматическими симптомами (алгиями, функциональными нарушениями органов исистем, зудом кожных покровов и слизистых), которые в ряде случаев даже превалировали над собственно депрессивными проявлениями, которые сами больныесчитали вторичными по отношению к их соматическому неблагополучию. Эти соматические жалобы также исчезали к концу 2-й началу 3-й недели.
**Таблица 3. Динамика показателей клинических шкал**

|  |  |
| --- | --- |
| **Шкала** | **Дни исследования**  |
|  | **0**  | **7-й**  | **14-й**  | **21-й**  | **28-й**  |
| Шкала Цунга | 50,7  | 48,3  | 43,2  | 34,4  | 28,9  |
| Шкала Бека | 15  | 13  | 11  | 6,3  | 3,8  |
| Шкала Гамильтона для тревоги | 20,3  | 18,6  | 12,2  | 8,3  | 4,8  |
| Шкала ГКВ-1(тяжесть заболевания) | 3,4  | 3,2  | 2,7  | 1,3  | 0,8  |
| Шкала ГКВ-2(выраженность улучшения) |  | 3,1  | 1,9  | 1,3  | 0,6  |

Различным было влияние препарата на сон у больных с преобладанием тревоги и с преобладанием депрессии:
- при преобладании тревоги улучшение сна наступало уже в первые дни терапии, однако затем, через 5-6 дней, собственно снотворный эффект исчезал;
- при преобладании депрессии положительное влияние препарата на сон сочеталось с общим улучшением состояния.
К концу 4-й недели состояние всех больных характеризовалось значительным улучшением или очень значительным улучшением (по шкале ГКВ). Пошкале Гамильтона средний балл на момент окончания исследования указывал на отсутствие депрессии. Однако после отмены терапии в связи с окончаниемисследования у больных с преобладанием депрессивных нарушений болезненные явления возвращались вновь, что требовало перевода их на антидепрессивнуютерапию. Такие больные отмечали, что препарат зверобоя они переносили значительно лучше, чем химические антидепрессанты при сходном терапевтическомэффекте.
Признаков привыкания при отмене препарата не обнаружено.
При хорошей переносимости оптимальной оказалась доза и режимприема 2 таблетки 3 раза в день. У 5 больных отмечено временное послабление стула. Это явление проходило при уменьшении дозы до 1 таблетки 3 раза в день.Ни в одном случае не отмечено описанных при приеме этого препарата явлений повышенной фоточувствительности или дополнительных изменений таких физиологическихпоказателей, как артериальное давление и частота сердечных сокращений. Ни в одном случае побочные эффекты не приводили к преждевременному окончаниюисследования.

**Обсуждение**Исследование показало, что зверобой оказалсяэффективным как в отношении тревоги, так и в отношении депрессии у больных с нетяжелой депрессией, возникающей либо по невротическим механизмам, либо какреакция на стрессовые ситуации. Препарат положительно влиял и на компонент соматизации, если он возникал в тесной связи с аффективным нарушением.Большинство больных хорошо переносили лекарство, хотя многие были отягощены соматическими заболеваниями.
Интересно, что многие больные в прошлом принимали различные травяные настои и настойки, в том числе и зверобоя, но существенногоустойчивого эффекта таких курсов не отмечали. Поэтому сам факт терапии "природным, нехимическим, натуральным" средством не мог в этом случаесыграть решающей роли, хотя некоторые больные с большим удовольствием обращали внимание именно на "естественное" происхождение препарата и сотвращением говорили о "химии". Это обстоятельство и отставание показателей шкал врачебного наблюдения от самоопросников говорят о возможномзначительном компоненте плацебо-эффекта, особенно в ранний период терапии (первые 2 нед).
Другое важное наблюдение касается реакции больных на традиционные "химические" антидепрессанты (в подавляющем большинстветрициклические антидепрессанты), которые больные получали для завершения терапии. Значительного увеличения или снижения антидепрессивного илианксиолитического эффекта не обнаружено, в то время как обычные побочные эффекты отмечены не реже, но и не чаще, чем описывается в литературе.
В целом по результатам настоящего исследования складывается впечатление, что препараты зверобоя могут найти свое место в лечении больных снетяжелыми аффективными нарушениями, включая случаи соматизации, а также у лиц, перенесших стрессовую ситуацию. Развитие исследовательских проектов,направленных на выявление эффектов таких лекарственных средств в разных нозологических и возрастных группах, а также сравнительныеплацебо-контролируемые исследования для выявления роли плацебо-эффекта представляются важными и перспективными.

Литература
1. Ozturk Y. Testing the antidepressant effects ofhypericumspecies an animal models, Pharmacopsychiatry 1997; 30:125-8.
2. Wheatley D.LI160 an extract of St. John's won, versusamitriptyline in midly to moderate depresses outpatient outpatients. A controlled 6-week clinical trial. Pharmacopsychiatry 1997; 30: 77-80.
3. Горькое В А., Раюшкин ВА, Олейчик ИВ. и др. Фитотерапия умеренных депрессий препаратами зверобоя (аналитический обзор) Психиатрия ипсихофармакотерапия, 2000; 2(6): 184-7